



Tema: Demencias.

Demencia

- Es un síndrome que se caracteriza por el deterioro de las funciones mentales, es un proceso progresivo, que interfiere con el desempeño en las actividades de la vida diaria, laborales y sociales. Este deterioro se caracteriza por el trastorno persistente de la memoria y de dos o más funciones mentales, el lenguaje, apraxia, agnosias, la abstracción, el juicio y la conceptualización. Suele acompañarse de cambios en la personalidad y/o en el estado emocional.

Clasificación

Demencia primaria (demencia cortical)	• Enfermedad de Alzheimer. • Enfermedad de Pick. • Síndromes de demencia del lóbulo frontal.
Demencia vascular	• Demencia multiinfarto. • Demencia por infarto de localización estratégica. • Estado lacunar. • Enfermedad de Binswanger. • Demencia vascular mixta.
Demencia asociada con enfermedad de los cuerpos de Lewy	• Demencia asociada con la enfermedad de Parkinson. • Parálisis supranuclear progresiva. • Enfermedad de los cuerpos de Lewy difusa.
Demencia debida a ingestión tóxica	• Demencia asociada con el alcohol. • Demencia debida a exposiciones a metales pesados u otras toxinas.
Demencia debida a infección	• Vírica: demencia asociada con el VIH, síndromes postencefalíticos. • Por espiroquetas: neurosífilis, enfermedad de Lyme. • Por priones: enfermedad de Creutzfeldt-Jakob.
Demencia debida a anomalías estructurales del cerebro	• Hidrocefalia normotensiva. • Hematomas subdurales crónicos. • Tumores cerebrales.
Algunos trastornos potencialmente reversibles que remedian a la demencia	• Hipotiroidismo. • Depresión. • Deficiencia de vitamina B12.

ANAMNESIS

- Encuentra deterioro inmediatamente aplique:
- El test MINI Mental abreviado o el Mini Examen del Estado Mental(MMSE por sus siglas en inglés) (Valoración Psíquica) o el MOCA
- El MMSE-Abreviado no es un instrumento para obtener diagnóstico específico, sino una herramienta para poder discriminar entre los que tienen deterioro cognitivo y los que no lo tienen.
- También es útil como seguimiento para valorar cambios.
- • Consta de 6 grupos de preguntas que analizan algunas áreas de funcionamiento cognitivo: orientación, registro, atención cálculo, memoria y lenguaje.
- • Califica 19 puntos, calificando como deterioro cognitivo por debajo de 13 puntos. Al encontrar un puntaje inferior a 13 puntos se aplica:

ANAMNESIS

- Al encontrar un puntaje inferior a 13 puntos se aplica:
- El test ABV y AIVD En el caso de no tener alteraciones debe trabajar la memoria a la vez que controla cada 6 meses; en caso de tener alteraciones debe realizar interconsulta a Neurología y Geriatría

Fases o estadios

- Existen distintas formas de clasificar las fases evolutivas de la Enfermedad de Alzheimer, pero quizás la más utilizada es la que describe 3 fases o estadios.
- Aunque no todas las personas pueden presentar las mismas manifestaciones o signos, ni el mismo patrón evolutivo, si hay que tener como marco de referencia la progresión de la enfermedad, caracterizada por una evolución de lento empeoramiento. Una variación frecuente en la presentación de la enfermedad consiste en el deterioro del lenguaje, de la percepción y de otras funciones, así como pérdida de la memoria.

Fase I

- Alteraciones de la memoria: se manifiestan porque se producen fallos en la memoria a corto plazo, olvidando lo que acaba de ocurrir, por ejemplo: dónde se han puesto las llaves, si se han pagado las facturas. Sin embargo, conservan la capacidad de recordar el pasado remoto.
- Se produce una pérdida en la capacidad de concentración y falta de interés. Esto significa que se pierde la espontaneidad y, aunque se conserva la autonomía en el entorno doméstico, hay que decirles cómo hacer las cosas; tienen dificultades o incapacidad para llevar las cuentas de la casa
- Su lenguaje se empobrece e incluso se alteran las normas en la construcción gramatical.
- Desorientación temporal: manifestada por no saber en qué día viven, ni qué hora es, ni el año o el mes en que están.
- Cambios en la personalidad: que se manifiestan por altos niveles de ansiedad, enfados frecuentes, agitación, hostilidad. Evitan las reuniones sociales y buscan frecuentar lugares muy conocidos.

Fase II INTERMEDIA

- Confusión: que se manifiesta por turbulencias nocturnas, se levantan de noche para ir a trabajar y se produce alteración en el ritmo del sueño vigilia.
- Incapacidad para el cálculo y pérdida total de la memoria reciente.
- Pérdida de la capacidad para realizar actividades cotidianas sin supervisión, necesitando ayuda para bañarse, vestirse...
- Dificultad para comunicarse, llegando a tener afasia, no poder comunicarse verbalmente, cuando leen no comprenden nada, tienen apraxia, evitan los contactos sociales, se vuelven irritables y no quieren ver a nadie, aislándose.
- Desorientación espacial, pasean como sin rumbo, pueden perderse con facilidad.
- Dificultades para la coordinación y para la realización de los actos voluntarios, olvidan las normas de urbanidad, no saben si la temperatura de la comida está a su gusto...
- Alteraciones en el comportamiento que se manifiestan por gritos, querer salir de casa a toda costa, caminar sin descanso, conductas violentas...

Fase III o final.

Pérdida de la identidad personal, no saben quiénes son, qué hacen en la vida o qué sienten, la memoria reciente no existe y la memoria remota está afectada.

Desorientación temporo-espacial.

Ausencia de la autonomía personal, por lo que dependen totalmente del cuidador. Hay que darles de comer, tienen dificultades para deglutir, hay pérdida de peso.

Hay afectación progresiva en la capacidad para moverse, caminan con dificultad. Presentan incontinencia urinaria y fecal.

Se comunican con mucha dificultad y cuando lo hacen, es mediante ruidos, monosílabos o lenguaje incoherente.

Tienden a llevarse cualquier objeto a la boca.

Sin embargo, perciben el cariño de los que le rodean y el estrés ambiental

Síndrome del atardecer

- Los individuos con deterioros cognitivos pueden experimentar confusión nocturna, llamada síndrome del atardecer debido a su presentación «después de que el sol se pone». Algunos de los factores que incrementan el riesgo de este trastorno son el ambiente no familiar (p. ej., institucionalización reciente), alteración de los patrones de sueño (p. ej., por apnea hipócnica), uso de sujeciones, exceso de estimulación, deprivación sensitiva o cambio en los ritmos circadianos.
- Las enfermeras pueden prevenir y tratar el síndrome del atardecer como sigue:
- Colocando objetos familiares en la habitación de la persona.
- Proporcionando actividad física en la tarde para ayudar a la persona a consumir energía.
- Ajustando la iluminación en el ambiente para prevenir que la habitación se oscurezca en la tarde.
- Manteniendo encendida una luz tenue toda la noche.
- Teniendo contacto frecuente con la persona para darle seguridad y orientación.
- Usando el sentido del tacto para proporcionar contacto humano y tranquilizar a la persona.
- Asegurándose de que la temperatura ambiente esté en un intervalo confortable para la persona.
- Controlando ruido y circulación de personas en la tarde.
- Asegurándose de que se satisfagan las necesidades básicas de la persona (p. ej., líquidos adecuados, uso del inodoro, ropa seca).

Para un diagnóstico de demencia nos basamos en el DSM-IV:

1. Desarrollo de múltiples trastornos cognitivos

A) Trastornos de memoria

B) Al menos uno de los siguientes trastornos

Afasia

Apraxia (alteración de actos motores)

Agnosia (incapacidad para reconocer objetos)

2. Qué el déficit cognitivo en los criterios anteriores deben causar un deterioro importante en las funciones intelectuales y sociales, que representa un deterioro del nivel de funcionalidad previa.

3. Nivel de conciencia adecuado.

4. Los déficit cognitivos en los criterios 1A y 1B no estén relacionados con:

Otras condiciones del SNC que causen déficit progresivos en la memoria y cognición

Condiciones sistémicas que se conocen causan demencia.- Condiciones inducidas por sustancias

5. Los déficits no ocurren exclusivamente durante el curso del delirio.

6. El disturbo no es explicado por otro desorden

Exámen Físico

- Mayor utilidad esté dada para el diagnóstico de la causa del síndrome demencial. Para ello, debe realizarse un examen neurológico buscando: Signos focales, como hemiparesia, hemianopsia y/o alteraciones de los reflejos profundos (su presencia orienta hacia una demencia vascular o una masa ocupante del SNC).
- Signos extrapiramidales, como rigidez, temblor y/o aquinesia (orientan hacia una demencia vascular o hidrocefalia normotensiva); alteraciones de la sensibilidad profunda (hacen pensar en déficit de vitamina B12)
- Ataxia, nistagmus y/o parálisis de la mirada lateral (orientan hacia el diagnóstico de alcoholismo).

- Biometría hemática, gasometría, Na, K, Calcio.2. Química sanguínea: Glucosa, urea, creatinina, colesterol, triglicéridos, perfil lipídico, ácido úrico, sodio, potasio y calcio.
- EMO.
- VDRL.
- HIV
- EKG.7.
- B12 y ácido fólico.
- T4, TSH.
- Radiografía de tórax
- TAC cráneo en caso de ser necesario

- Depresión.
- Trastornos de la atención.
- Afasias.
- Defectos sensoriales visuales y auditivos.
- Demencias parciales o totalmente reversibles: hipotiroidismo, depresión, déficit vitamínico.
- Demencia por sustancias tóxicas como alcohol y drogas.

Tratamiento no farmacológico

- Mejorar o enlentecer la pérdida de rendimiento y de las funciones cognitivas.
- Mantener la autonomía del paciente el mayor tiempo posible mejorando el estado de salud, adecuado a su red social y entorno cultural.
- Evitar el aislamiento prolongado de sus amigos, familiares y otros que componen su red social.
- Los aspectos cognitivos a trabajar son:
 - Memoria
 - Lenguaje
 - Cálculo
 - Orientación temporo/espacial
 - Actividades sensoriales (atención y concentración en especial)
 - Praxias
 - Capacidades ejecutivas (pensamiento y razonamiento)

DIAGNÓSTICO DEL PROBLEMA

- El adulto mayor con un posible trastorno de la memoria, debe ser sometido a un estudio clínico, con una evaluación neurológica que incluya el examen de las funciones cognitivas, así como una valoración neuropsicológica. Esta última puede consistir en el Mini Examen del Estado Mental de Folstein , que puede ser realizado por cualquier médico e incluso por personal paramédico. Si se requiere de un examen más detallado, puede ser necesaria la cooperación de un neuropsicólogo, así como la realización de pruebas más complejas

TRASTORNOS QUE PUEDEN INTERFERIR CON EL FUNCIONAMIENTO DE LA MEMORIA

- Depresión
- Trastornos de la atención
- Afasia
- Defectos sensoriales (visuales, auditivos)

La evaluación clínica debe:

- Precisar si además del trastorno de la memoria, existen otras alteraciones cognitivas como: apraxias, agnosias, trastornos del lenguaje y signos de disfunción frontal, lo que sugiere una afectación difusa de la corteza cerebral y conduce al primer criterio para el diagnóstico del síndrome demencial.
- Para completar el diagnóstico, es necesario delimitar si el mismo interfiere con las actividades sociales, laborales, vocacionales o de la vida cotidiana, es decir, si afecta la capacidad funcional. Para esto, pueden aplicarse escalas de evaluación funcional que permitan tener una idea más precisa (ver módulo 4).
- El diagnóstico del síndrome demencial tiene dificultades que deben ser tomados en cuenta:

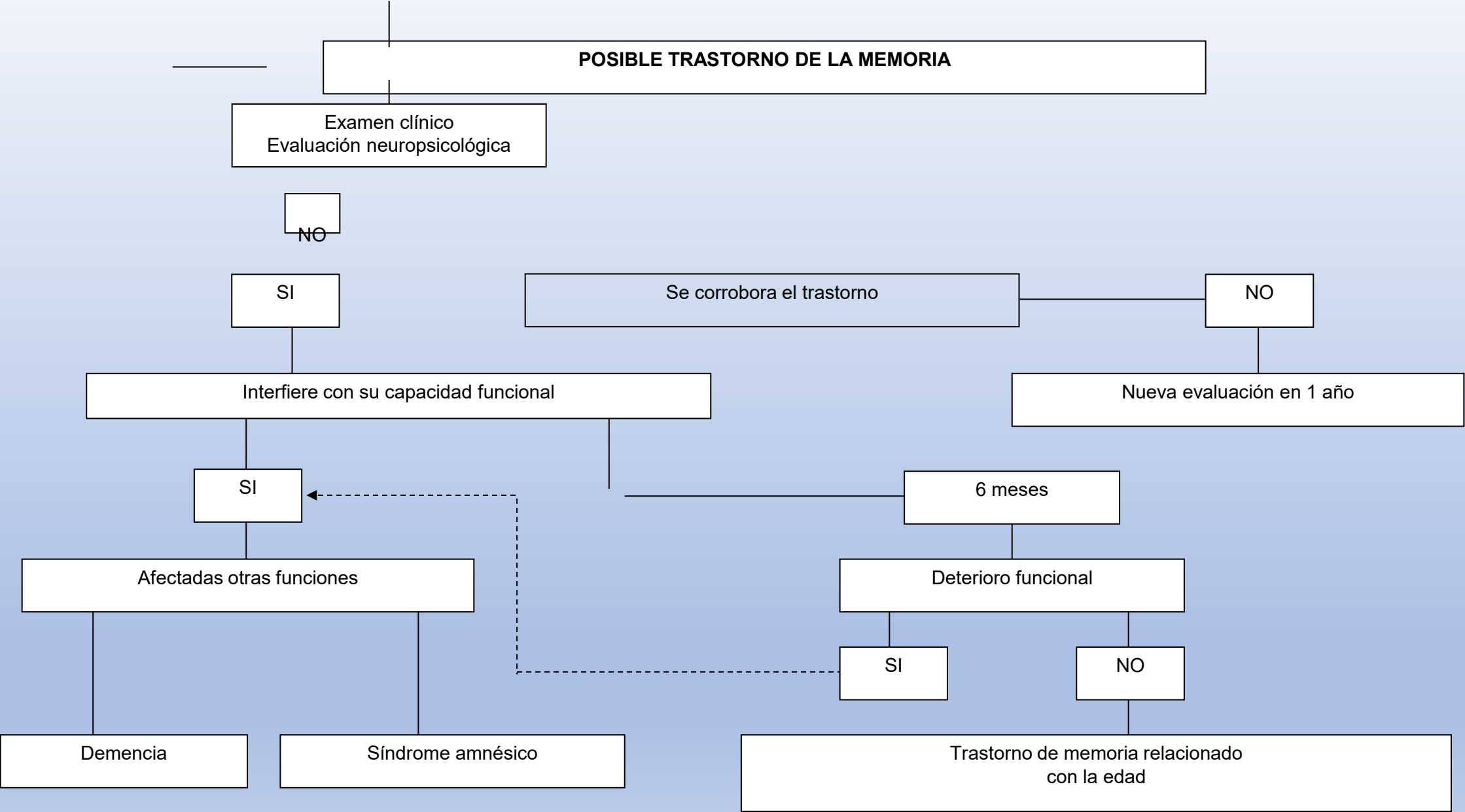
EXISTEN SUJETOS EN QUIENES EL TRASTORNO DE LA MEMORIA ES MUY LIGERO:

- Puede que estemos asistiendo a un sujeto en los estadíos iniciales de una demencia.
- Puede que sea un trastorno de la memoria relacionado con la edad.
- En algunos casos, el trastorno se limita a la memoria y entonces se debe considerar que el paciente presenta un síndrome amnésico.
- Una re-evaluación en 6 meses, permitirá en la mayoría de estos casos constatar la progresión del trastorno, aunque a veces se requiere un tiempo de observación mayor para estar seguros del diagnóstico de demencia.
- En los casos de trastorno de la memoria relacionados con la edad, el mismo no progresa significativamente y no interfiere con la capacidad funcional del adulto mayor.

ALGUNOS TRASTORNOS PUEDEN SIMULAR LA PRESENCIA DE UN SÍNDROME DEMENCIAL

- Aunque los pacientes con un síndrome demencial, pueden sufrir un estado confusional agudo, hay que tener en cuenta que no se puede realizar un diagnóstico de demencia durante este cuadro. Es frecuente que pacientes mayores puedan presentar trastornos cognitivos asociados a la confusión mental y una vez resuelta esta, desaparecen (para las diferencias entre ambos síndromes, ver capítulo de delirium).
-
- Es posible que cuadros depresivos sean capaces de dar la impresión diagnóstica de un síndrome demencial, la diferenciación diagnóstica, es muy difícil en ocasiones. Además es también muy común que coexistan ambos cuadros en el mismo paciente. Ante la duda diagnóstica se recomienda el tratamiento intensivo de la depresión y una reevaluación más adelante.
-
- Algunas condiciones biológicas (trastornos de los sentidos) o sociales (analfabetismo o subescolaridad) pueden ofrecer también dificultades al momento del diagnóstico.

Diagrama 28.1. Algoritmo diagnóstico para los trastornos de la memoria



DIAGNÓSTICO ETIOLÓGICO

- Una vez identificado el síndrome, se trata entonces de buscar ante todo el diagnóstico etiológico de forma que se garantice en este proceso el mayor costo-beneficio posible. El diagnóstico del trastorno de la memoria y del síndrome demencial, se basa en el examen clínico, sin embargo para identificar la causa, los estudios complementarios de laboratorio son esenciales.

Enfermedad de Alzheimer:

- Instalación insidiosa y curso progresivo con una duración entre 7 y 12 meses.
- Patrón clínico caracterizado por declinación progresiva de la memoria reciente y afectación posterior de otras áreas cognitivas como el lenguaje, praxia, percepción visuoespacial y juicio.
- Estudios de imagen cerebral con atrofia cortical, más acentuada en el hipocampo y sin alteraciones importantes de la sustancia blanca.
- Ausencia de otras causas identificables de demencia

Demencias vasculares.

- Su comienzo puede ser abrupto y la evolución a saltos como en la mayoría de las enfermedades cerebrovasculares, sin embargo, también puede aparecer de forma insidiosa y tener un curso progresivo similar al de la enfermedad de Alzheimer. El examen neurológico puede poner en evidencia signos neurológicos focales, pero en algunos casos con demencia vascular, estos pueden no estar presentes.
-
- Es común que estos pacientes tengan factores de riesgo vascular como hipertensión, diabetes, hiperlipidemia, enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares previas, entre otros. Los estudios de neuroimagen suelen demostrar infartos múltiples o infartos únicos con una ubicación estratégica, así como cambios en la sustancia blanca subcortical.

Diagnóstico de demencia vascular

A.- Presencia de demencia.

B.- Presencia de enfermedad cerebrovascular.

C.- Los puntos A y B deben estar relacionados.

Enfermedad por cuerpos de Lewy como una causa frecuente de demencia, su diagnóstico se basa en los siguientes elementos:

- Deterioro cognitivo similar al de la enfermedad de Alzheimer.
- Síntomas psiquiátricos, especialmente alucinaciones e interpretaciones delirantes de la realidad.
- Curso fluctuante del deterioro cognitivo y de los síntomas psiquiátricos.
- Susceptibilidad para desarrollar un síndrome neuroléptico maligno con el uso de antagonistas dopaminérgicos.
- Signos extrapiramidales (parkinsonismo) y deterioro precoz de la marcha.
- No mejoría del parkinsonismo con la levodopa

BASES PARA EL MANEJO DEL PROBLEMA

- INTERVENCIONES ESPECÍFICAS.
- Cuando la causa del trastorno cognitivo tiene un tratamiento específico, este debe comenzarse lo antes posible, ya que cuando la curación es tardía, el paciente queda con un deterioro neurológico permanente.

Causa	Tratamiento
Vascular	Antiagregantes, anticoagulantes Control de factores de riesgo
Hidrocefalia normotensa	Derivación de LCR
Hematoma subdural	Evacuación quirúrgica
Alcoholismo	Supresión
Encefalopatías metabólicas	Corrección del trastorno
Encefalopatías por drogas	Supresión de las drogas
Infecciones del SNC	Antimicrobiano específico

TRATAMIENTO DEL TRASTORNO COGNITIVO

- El déficit colinérgico parece ser el trastorno neuroquímico más relacionado con la afectación de la memoria, especialmente en la enfermedad de Alzheimer. Esto ha conducido al empleo de agonistas colinérgicos, entre los que se destacan el donepezilo y la rivastigmina, Galantamine , aprobado para tratar Alzheimer leve o moderada. drogas que incrementan la disponibilidad de la acetilcolina al inhibir su degradación por la acetilcolinesterasa.
- Memantine trabaja regulando la actividad del glutamate, un mensajero químico diferente que juega un papel en el aprendizaje y la memoria. Este medicamento está aprobado para tratar el Alzheimer de moderada a severa.

LISTA DE PRUEBAS COMPLEMENTARIAS EN LA DEMENCIA

- Biometría hemática completa.
- Hemoquímica completa.
- Examen general de orina.
- Serología (lúes, SIDA).
- Radiografía de tórax.
- Electrocardiograma.
- Determinación de B₁₂ y folato.
- Determinación de hormonas tiroideas.
- Tomografía axial computada de cráneo.
-

REHABILITACIÓN

- Los pacientes con trastornos ligeros o moderados de la memoria, son susceptibles de beneficiarse de programas designados para establecer rutinas compensatorias que le permitan superar sus trastornos en la vida cotidiana. Este entrenamiento cognitivo y de rehabilitación de la memoria, se basa en la identificación de los déficits funcionales específicos y la intervención a través de diversas estrategias, por ejemplo el empleo de un “libro de memoria”, que es una colección de oraciones simples y dibujos que dan pistas a la persona, con nombres y otros hechos que le facilitan la conversación. La estimulación social, los ejercicios y los programas para mantener o reforzar hábitos de alimentación e higiene son importantes también.

ROL DEL MEDICO EN LOS CUIDADOS DEL ENFERMO CON DEMENCIA

En etapas tempranas	En etapas avanzadas
• Discutir el diagnóstico con el paciente y sus cuidadores. • Eliminar medicación que pueda interferir con la cognición. • Informar al paciente acerca de las implicaciones legales de la afección. • Evaluar la capacidad del paciente para conducir y asumir o mantener otras responsabilidades aún vigentes. • Referir al paciente y sus cuidadores a la Asociación de Alzheimer local. • Discutir la pertinencia de la evaluación genética de los familiares. • Dar tratamiento sintomático para el déficit cognoscitivo.	• Conducir al cuidador primario a estimular las capacidades remanentes de la persona. • Monitorear y tratar los síntomas neuropsiquiátricos. • Proponer opciones de apoyo para el cuidador (centros de día, grupos de apoyo). • Evaluar la salud y el bienestar del cuidador primario. • Planear y preparar cuidadosamente la decisión de institucionalizar. • Preparar con el paciente las directrices anticipadas con respecto a lo que habrá de ser su cuidado terminal.

ATENCIÓN A LOS CUIDADORES

- Lamentablemente muchos trastorno cognitivo no son reversible y ellos requieren cuidados crónicos que permitan su alimentación e higiene, eviten accidentes y controlen su conducta. Si además, el cuidador lo estimula a realizar actividades físicas y sociales y entrenamiento cognitivo, el paciente podrá enfrentar mejor su situación.
- Esto puede ser difícil de lograr, ya que habitualmente los familiares o personas que cuidan al paciente no están preparados para tan compleja y prolongada función.
- Los cuidadores, con frecuencia abandonan sus necesidades personales de salud y distracción y es común que por estas razones, mueran incluso antes que el enfermo. Por otro lado a veces adoptan posturas negligentes e incluso agresivas y violentas.
- Muchos de estos pacientes son enviados a instituciones para el cuidado de enfermos crónicos, sin embargo, puede ser mas útil y económico el disponer de centros de atención diurna donde se brinden cuidados cotidianos y donde un grupo de profesionales estimule la realización de actividades mentales y físicas lo cual puede permitir al cuidador trabajar y realizar alguna actividad independiente, aliviando sus tensiones y mejorando su actitud ante el cuidado del enfermo.

Caso clínico:

- Una enfermera hace una visita inicial para evaluar al Sr. S., de 69 años, que tiene enfermedad de Alzheimer y para ayudar a su esposa a diseñar planes de atención eficaces. El Sr. S., fue diagnosticado hace alrededor de 1 año, como resultado de una evaluación iniciada por la universidad donde daba clases. Fuentes de la universidad mencionaron que el Sr. S., se comportaba de manera inapropiada: entraba en las clases de otros profesores y comenzaba su lección, olvidaba acudir a sus propias clases y reuniones, no se bañaba ni cambiaba en días, se dirigía a sus alumnos de manera incoherente y pedía a sus colegas ayuda para operar equipo de oficina que él había usado durante años sin problema. Después de observar que el estado del Sr. S., empeoraba de manera progresiva con el tiempo, el decano de la universidad llamó por teléfono a la Sra. S., para discutir la situación

Ella afirma que notó que su marido actuaba de manera inusual (olvidaba nombres y citas, emitía cheques sin fondos, discutía sin razón, hacía comentarios poco amables a los amigos y confundía los días de trabajo y de descanso), pero pensó que podría relacionarse con el envejecimiento y el estrés laboral. Cuando el decano habló con ella, la Sra. S., se dio cuenta de que podría haber un problema grave y acompañó a su marido para una evaluación, cuyo resultado fue el diagnóstico de enfermedad de Alzheimer. El Sr. S., se retiró de inmediato de la universidad y ha permanecido con su esposa 24 h al día desde entonces. La Sra. S., no observó más síntomas hasta el mes pasado, en que llamó al médico repetidas veces para discutir los nuevos problemas de incontinencia, dificultades para comer y vagabundeo. Estos nuevos problemas han devastado a la Sra. S.; está fatigada y manifiesta que come y duerme mal. Afirma de manera enfática: «nunca consideraré recluir a mi marido en una institución», y dice que lo cuidará en casa aunque ello le cause la muerte.

PENSAMIENTO CRÍTICO

- ¿Qué necesidades tienen el Sr., y la Sra. S. en este momento?
- ¿Qué intervenciones podrían ayudar a la Sra. S., a enfrentar las demandas de cuidado de su marido?